O OPERACYACH
NA WORECZKU ŻÓŁCIOWYM.

NAPISAŁ

Dr. Józef Bogdanik

DYREKTOR SZPITALA POWSZECHNEGO W BIAŁY.

W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1896.

O OPERACYACH

NA WORECZKU ŻÓŁCIOWYM.

NAPISAŁ

Dr. Józef Bogdanik

DYREKTOR SZPITALA POWSZECHNEGO W BIAŁY.

W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1896.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1896. Nr. 1 i 2.

O operacyach na woreczku żółciowym.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
dyrektor szpitala powszechnego w Biały.

Operacye na woreczku żółciowym wykonać się mające w skutek chorób jego, mają już swoję piękną przeszłość a niewątpliwie nie małe znaczenie w przyszłości. Lecz jakkolwiek historya chirurgii woreczka żółciowego sięga do XVII. stulecia, to jednak znaczenie praktyczne ma dopiero od lat kilkunastu a rozprawy nad dopuszczalnością tych zabiegów dopiero zamykać się zaczynają, czego najlepszym dowodem poruszane w ostatnich latach na ten temat rozprawy podczas zjazdów chirurgów, jakoteż internistów, pod pewnym względem bowiem jest ta kwestya kością niezgody pomiędzy internistami a chirurgami. Bo jak z jednej strony przyznać się musi, iż dotąd już nieraz nóż chirurga w chorobach żółciowych ocalił chorego od niechybnej śmierci, tak jest to z drugiej strony operacya bądź co bądź w wysokim stopniu życiu zagrażająca.

Zapytany zatem o radę internista w rozpaczliwych przypadkach, wprawdzie poleci choremu, aby się czepił operacyi, jak tonący brzytwy, inna zaś rzecz, jeżeli samo cierpienie jeszcze nie zagraża życiu chorego, jeżeli zatem operacya ciężka naraża go na większe niebezpieczeństwo. Chirurg znów

w takich razach również nie bez słuszności powiada: jeżeli pomoc moja na coś się zda wtedy, kiedy choremu już dusza siedzi na ramieniu, w których to przypadkach i operacya jest niepomiernie cięższą a odporność organizmu mniejszą, to czemuż nie poddać chorego operacyi wtedy, gdy jego siły żywotne jeszcze są dobre, gdy operacya jeszcze łatwiej wykonać się da a zatem możliwość uratowania chorego jest większą. Nie na końcu tragedyi zatem, ale już na początku gry niebezpiecznej wzywajcie przeto chirurga.

W interesie chorego mojem zdaniem nie jest, aby go poddać operacyi, gdzie się bez niej obejść można; natomiast jest to w jego interesie, aby mu operacyę zalecić tam, gdzie leczenie inne więcej nie wystarcza. Byłoby przeto rzeczą pożądaną, aby w tych razach internista i chirurg wspólną odbyć mogli naradę i zdecydować o losach chorego.

Będzie to zatem na czasie, jeżeli opisując zajmujący przypadek, który sam operowałem, poświęcę słów kilka, zwłaszcza, że wyczerpująca ten temat praca Zagórskiego pojawiła się w *Przeglądzie lekarskim* w roku 1887. a praca Jawdyńskiego ogłoszona w *Przeglądzie chirurgicznym* jakoteż praca Matlakowskiego, drukowana w *Gazecie lekarskiej*, nie wielu z naszych czytelników zapewne jest znana. Uwzględnienie olbrzymiej literatury z ostatnich lat kilkunastu i wyczerpanie wszechstronne tematu przekroczyłoby znacznie ramy przeznaczone dla prac w *Przeglądzie lekarskim;* zresztą jedynym celem mej rozprawki jest przypomnienie polskim lekarzom, że u nas zabiegi chirurgiczne na woreczku żółciowym cieszą się jeszcze zbyt małą wziętością a spopularyzowanie ich jest w interesie chorych.

Operacye następujące wykonywa się dotąd:

1) Przekłucie woreczka żółciowego trójgrańcem *(punctio vesicae felleae)*.

2) Przecięcie woreczka żółciowego *(cholecystotomia)*.

3) Przecięcie woreczka żółciowego z następowem zaszyciem rany i pogłębieniem woreczka *(cholecystotomia idealis, cholecystendesis)*.

4) Przecięcie woreczka żółciowego i założenie przetoki żółciowej *(cholecystostomia)*.

5) Wyłuszczenie woreczka żółciowego *(cholecystectomia)*.

6) Przecięcie woreczka żółciowego z następowem założeniem przetoki do jelita lub kiszki *(cholecystenterostomia)*.

7) Podwiązanie przewodu pęcherzykowego *(ligatura ductus cystici)*.

8) Przecięcie przewodu pęcherzykowego *(cystiticotomia)*.

9) Przecięcie przewodu żółciowego *(choledochotomia)*.

10) Przecięcie przewodu żółciowego i założenie przetoki do jelita *(choledochoenterostomia)*.

Pierwsza z tych operacyj, t. j. przekłucie trójgrańcem woreczka żółciowego, najłatwiejsza do wykonania, słusznie w ostatnich czasach potępiona i zarzucona została; w przypadkach bowiem, gdzie woreczek żółciowy nie był zrosły z ścianami brzusznemi, nieraz nawet po zakłuciu igiełką Pravaza następowała śmierć w skutek dostania się żółci, względnie ropy do jamy otrzewnowej. Operacya ta zresztą mieć może tylko wartość rozpoznawczą niepewną, słusznie tedy w jej miejsce zalecają cięcie brzuszne nawet w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie nie jest pewne; cięciem brzusznem bowiem torujemy sobie drogę wprost do woreczka żółciowego, który dokładnie można obejrzeć, palcami zbadać treść jego a następnie wykonać operacyę w danych okolicznościach wskazaną.

Wskazaniem do operacyi jest: uporczywa kamica żółciowa, gdy kolki mimo odpowiednich środków leczniczych ponawiają się, gdy kamyk większy, utkwiwszy w którymś z przewodów żółciowych dalej posunąć się nie może, gdy ściany woreczka żółciowego ulegają zmianom patologicznym, gdy się treść jego zmienia i powstanie otok ropny (*empyema*) lub wodna puchlina. Z tem zgadza się już wielu internistów i tak pisze Naunyn w swej monografii: *Klinik der Cholelithiasis* wydanej w roku 1892., że zaleca operacyę w przypadkach ostrego, zakaźnego zapalenia woreczka żółciowego, w przewlekłym otoku ropnym i wodnej puchlinie. Oprócz

tego częściej może, aniżeli sądzimy, powodem wystąpienia kolki żółciowej są zrosty w okolicy woreczka żółciowego a nawet same te zrosty bez obecności kamieni napady wywoływać mogą, jak to podał A. Fränkel z oddziału Gersuny'ego (*Centralblatt f. Chirurgie* 1892. str. 697). Samo usunięcie zrostów w drodze operacyjnej wystarczyło do usunięcia napadów.

Na ostatnim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie pokazało się w ciągu dyskusyi na ten temat, że nasi klinicy Korczyński i Gluziński bardzo przychylne zajmują wobec zabiegów operacyjnych stanowisko.

Chodzi teraz o to, którą wybrać z powyżej przytoczonych operacyj.

Czytelnik zapewne nie weźmie mi za złe, żem nie powtórzył rzeczy znanych o chorobach woreczka żółciowego i ich objawach, lecz tylko mimochodem o to trąciłem. I w dalszym ciągu przy poszczególnych operacyach tylko niewielu słowy wspomnę o objawach chorobowych.

Najstarszą operacyą jest zwykłe przecięcie woreczka żółciowego do ściany brzusznej przyrosłego (*cholecystotomia*). Pierwszą tego rodzaju operacyę wykonał J. L. Petit w roku 1743. a później ją jeszcze kilkakrotnie wykonano, tnąc jużto nożem, jużto żegadłami. Wykonalną jest ta operacya tylko wtedy, jeżeli istnieją silne zrosty woreczka ze ścianą brzuszną a wtedy równa się przecięciu zwykłego ropnia. W jednym przypadku zaś, gdzie Petit po otwarciu jamy otrzewnowej rozpoznał nieprzyczepiony woreczek żółciowy, zaniechał dalszego zabiegu.

Zrosty woreczka ze ścianą brzuszną przytrafiają się jednad dość rzadko. Amerykanin Bernays podał i wykonał operacyę w następujący sposób: Po otwarciu jamy otrzewnowej wyciąga się woreczek żółciowy na zewnątrz, nacina się go i wypróżnia. Następnie szyje się ściany wypróżnionego woreczka żółciowego, pogłębia do jamy otrzewnowej a nareszcie szyje się ranę w ścianie brzusznej. Operacya ta przywraca stósunki idealne, ztąd też jej nazwa *cholecystotomia*

idealis. Zdarzało się jednak, iż zespojone ściany woreczka znowu się rozeszły w skutek prężenia gromadzącej się żółci. Nagromadzenie się żółci w woreczku nastąpić może bardzo łatwo, jeżeli w przewodzię żółciowym tkwi jeszcze kamień, który przeszkadza dostaniu się żółci do dwunastnicy, lub, jeżeli drożność przewodu żółciowego w inny sposób jest zniesioną. Kamień utkwiony w przewodzie żółciowym można wprawdzie zazwyczaj namacać i odpowiedniemi ruchami palców wsunąć do woreczka. W tym celu zaleca się sposób, aby operator stojąc po prawej stronie chorego plecami obrócił się ku jego głowie a następnie muskając palcami lewej ręki posuwał kamyk w kierunku do woreczka. Jeżeli się to nie udaje, można najpierw skruszyć kamień w przewodzie żółciowym, używając potemu szczypczyków, na których ramiona nasunięto sączki kauczukowe. Są jednak przypadki, w których się sprawdzić nie dała obecność kamienia w przewodzie żółciowym. Na korzyść tej operacyi przytoczył Th. Voigt 13 przypadków, przez Heusnera pomyślnie operowanych (*Deutsche med. Wochenschrift* 1890. Nr. 34) a na podstawie tego twierdzi, że teoretycznie usprawiedliwiony zarzut, iż szew woreczka nie trzyma, wobec doświadczenia nie ma racyi.

Wielka część chirurgów, z którymi łączy się także wielu internistów, zaleca przeto założenie przetoki żółciowej (*cholecystostomia*). Przetokę zakładają jednoczasowo albo dwuczasowo. Poprowadziwszy cięcie albo równolegle do łuku żebrowego, albo też wzdłuż prawego brzegu mięśnia prostego brzucha wyciąga się woreczek żółciowy a koniec jego przyszywa się do skóry tak, aby pierścieniowato koniec był przyszyty. Potem przecina się w środku woreczek, rozszerza otwór do tego stopnia, aby palcem wygodnie wejść można a brzegi rany można jeszcze jednym rzędem szwu przyszyć do skóry Kamyki znajdujące się w woreczku usuwa się szczypczykam lub przez przepłukiwanie wodą wyjałowioną. Dodatek płynów przeciwgnilnych jest zbytecznym. Przed przyszyciem woreczka do skóry należy się obmacaniem przekonać, czy nie

ma kamieni w przewodach, które najpierw wsunąć trzeba do woreczka.

Zwolennicy operacyi dwuczasowej, przyszywszy woreczek do rany w ścianie brzusznej, czekają dni kilka, dopóki nie wytworzą się zrosty a potem dopiero nacinają woreczek żółciowy. Operacya ta sprawia jednak znaczne trudności, jeżeli woreczek żółciowy znajduje się głęboko i do poziomu ściany brzusznej wyciągnąć się nie da. W takich razach można za przykładem Riedla z Jeny odłączyć otrzewnę ścienną, utworzyć z niej lejek, którego brzegi się przyszywają do woreczka żółciowego, a dopiero po tej manipulacyi albo nawet dopiero po upływie dni kilku przecina się woreczek żółciowy. Lauenstein opisał przypadek (*Centralblatt f. Chirurgie* 1892. str. 6.), gdzie woreczek żółciowy znajdował się tak głęboko, że nawet sposobem Riedla nie mógł dojść do celu. Poradził sobie w ten sposób, że utworzył z dużej sieci rynienkę, którą z jednej strony przyszył do woreczka żółciowego a z drugiej strony do rany w skórze i tym sposobem utworzył kanał dla odpływu żółci po przebiciu woreczka żółciowego. Pomysłowy chirurg zawsze sobie poradzi w danych razach.

Jakiż dalszy jest los przetoki żółciowej?

Przez kilka tygodni wydziela ona żółć, tu i owdzie kamyki a po upływie 3—6 tygodni sama się goi, gdy w ciągu tego czasu umożebni się drogą naturalną odpływ do dwunastnicy. Czasami trzeba pomagać zabliźnieniu przyżeganiem kamieniem piekielnym lub żegadłem; czasem i to nie pomaga. Jeżeli przetoka tylko skąpo wydziela żółć, wtedy to nie sprawia choremu dolegliwości i można przetokę pozostawić w spokoju. Jeżeli zaś obfitsza wydzielina choremu sprawia dolegliwości, wtedy odświeżywszy brzegi rany, szyje się je warstwami a gdy i to nie usunie cierpienia, wtedy ujście przetoki zapuścić można do jelita, o której to operacyi będzie mowa później.

Za autora nowej operacyi uznaje się Langenbucha, który w roku 1881. po raz pierwszy doszczętnie wyłuszczył

cały woreczek żółciowy (*cholecystectomia*) a w roku 1884. ogłosił już 5 przypadków, z których jeden zakończył się śmiercią, niezależnie od operacyi, skutkiem gruźlicy mózgu a jeden w skutek przedziurawienia przewodu pęcherzowego (*ductus cysticus*) i wylania się żółci do jamy otrzewnowej. Denucé atoli wykazał, iż jakiś medyk w Leiden pomiędzy rokiem 1670—1683. psu wyciął cały woreczek żółciowy a później brzuch zaszył; zwierzę podobno jeszcze długo potem żyło i miało się dobrze. (*Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*. Paris 1886).

Przeciwko wyłuszczeniu całego woreczka występuje wielu, dowodząc, że nie jest prawdą, że woreczek jest zbytecznym zbiornikiem, w którym powstają kamienie, bo one się czasem tworzą i w przewodach wątrobowych (*ductus hepaticus*). Technicznie operacya Langenbucha nie sprawia znaczniejszych trudności. Woreczek przeważnie na tępo da się dobrze odłączyć, następnie się go odcina, po poprzedniem podwiązaniu. Broczenie przyżeganiem łatwo utamować można.

Inną operacyę podał Winiwarter w r. 1882. Naciąwszy woreczek żółciowy i wypróżniwszy go, naciął następnie jelito i wszył w jelito koniec woreczka żółciowego (*cholecystenterostomia*). Tym sposobem żółć dostała się do jelita wprost z pominięciem przewodu żółciowego. Operacya ta będzie zatem przedewszystkiem wskazana w przypadkach niedrożności przewodu żółciowego i stanowi niejako poprawę stanu fizyologicznego.

Zbyteczną modyfikacyą sposobu Winiwartera jest połączenie woreczka żółciowego z kiszką (poprzecznicą). Do przekonania trafi ona tylko tym, którzy twierdzą, że żółć jest wydzieliną dla trawienia zupełnie niepotrzebną.

Zielewicz z Poznania wykonał z pomyślnym skutkiem podwiązanie przewodu pęcherzowego (*ligatura ductus cystici*), nie poświęcając woreczka żółciowego. W przypadku operowanym w roku 1887. nie mógł wyłuszczyć woreczka żółciowego z powodu mocnych zrostów, silnego broczenia i t. d. Odłączył tedy tylko przewód pęcherzowy (*ductus cysticus*),

podwiązał go podwójnie mocnym jedwabiem i przeciął pomiędzy podwiązkami. Potem dopiero naciął i wypróżnił woreczek żółciowy. Utworzona przetoka żółciowa rychło się zabliźniła. Operacya ta zaleca się w przypadkach mocnych zrostów, utrudniających wyłuszczenie, wymaga mniej zręczności technicznej a wreszcie trafi tym do przekonania, którzy twierdzą, że wyłuszczenie całego woreczka żółciowego naraża chorego na takie następstwa, jak n. p. wyłuszczenie całego gruczołu tarczykowego.

Jeżeli kamyk tkwi w przewodzie pęcherzowym i z tamtąd usunąć się nie da mechanicznie, wtedy za przykładem Kehra można naciąć ten przewód (*ductus cysticus*) i usunąć kamień (*cystico-lithectomia*) a po usunięciu kamyka zaszyć ranę. Operacyę tę uważał pierwotnie Kehr za dozwoloną, jeżeli po założeniu przetoki żółciowej i po usunięciu kamieni z woreczka żółciowego nie udało się wydobyć kamyka z przewodu pęcherzowego. Obecnie zaś przemawia za tą operacyą i wykonywa ją doraźnie, jeżeli przy operacyi nacięcia woreczka żółciowego znajduje kamień w przewodzie pęcherzowym i nie może wsunąć go do woreczka żółciowego. Przy badaniu zgłębnikiem (sondowaniu) przewodu pęcherzowego zaleca wielką ostrożność. Operacyę wykonywa jednoczasowo. Dopuszczalność tej operacyi przyznali już Courvoisier i Riedel a pierwszy wykonał ją Lindner w roku 1891. (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* 1894. str. 307—321).

Operacyą analogiczną do poprzedniej i opartą na temże rozumowaniu jest przecięcie przewodu żółciowego (*ductus choledochus*) a zatem *choledochotomia*, jeżeli tamże tkwiący kamień wysunąć się nie da, którą to operacyę Riedel już kilkanaście razy wykonał. Niepotrzebnie dodawać, że ta operacya łączy się z założeniem przetoki żółciowej.

Ostatnią operacyą jest nacięcie przewodu żółciowego i założenie przetoki do jelita (*choledochoenterostomia*), która jest analogiczną operacyi połączenia woreczka żółciowego z jelitem. Tak jak woreczek żółciowy z kiszką, mógłby po-

łączyć i przewód żółciowy z kiszką, kto żółć uważa za niepotrzebną dla organizmu wydzielinę.

Łączenie narządów między sobą, t. j. czy to woreczka żółciowego, czy to przewodów z jelitem ułatwia bardzo guziczek Murphyego a zarazem skraca się czas trwania operacyi. Murphy już 17 razy pomyślnie użył swego guzika i potrzebuje do wykonania operacyi najwięcej 10 minut.

Oto podawszy w krótkim, treściwym zarysie obecny stan chirurgii woreczka żółciowego, skreślę zajmującą historyę choroby przez siebie operowanego a przedstawionego na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w roku 1895.

Wacław J. liczy lat 30 i jest z zawodu krawcem. Matka umarła z choroby nieznanej, ojciec zaś dotąd żyje i jest zdrów. Nasz chory w dzieciństwie zawsze był zdrowym a w szczególności nigdy nie cierpiał na dolegliwości żołądkowe. We Wrześniu 1894. wystąpiła skłonność do wymiotów, żółtaczki nie było; od dnia 17. Marca 1895. zaś jest w leczeniu z powodu kolki żółciowej. Ordynaryusz jego kazał mu pić wodę karlsbadzką, w skutek czego miewał zawsze krótko trwającą ulgę.

W dniu 9. Kwietnia 1895. wstąpił do szpitala z rozpoznaniem kamicy żółciowej. Sprawdzono żółtaczkę powłok skórnych i błon śluzowych, okolica wątroby nie okazuje żadnego wypuklenia, opukiwanie wykazuje stłumienie od 5. żebra prawego w linii przymostkowej, na dwa palce poniżej łuku żebrowego się rozciągające. Obmacywaniem nie wykazuje się oporu w okolicy woreczka żółciowego, jednakowoż dosyć znaczną bolesność. Kał jest czasem kredowaty, kamyków jednak nie znaleziono. Od czasu do czasu występują znaczne boleści w okolicy wątroby, w skutek czego już dłuższy czas używa wstrzykiwania morfiny; ciało oblewa się obficie potem, osłabienie znaczne, że chodzić nie może, w skutek tego prosi o operacyę, którą wykonałem 11. Kwietnia 1895.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorego, poprowadziłem w narkozie chloroformowej cięcie wzdłuż prawego łuku żebrowego i drążąc powoli w głąb, otworzyłem jamę otrzewnową. Woreczek żółciowy nieco powiększony, napięty, o ścia-

nach zgrubiałych, obrosły jest siecią. Palcem wprowadzonym do jamy otrzewnowej nie mogłem wymacać ciała obcego ani w woreczku żółciowym, ani też w przewodach. Postanowiłem założyć przetokę żółciową. Po oddzieleniu zrostów wyciągnąłem woreczek do poziomu rany w ścianach brzusznych i przyszyłem go najpierw do otrzewny ściennej katgutem karbolowym, przyczem uważałem, aby igłą nie przebić całej ściany woreczka a następnie szyłem mięśnie i pochewkę mięśniową katgutem karbolowym. Potem dopiero, gdy już jama otrzewnowa była całkowicie zamkniętą, naciąłem nożem kończastym sam woreczek żółciowy i rozszerzyłem ranę tak, że weń wprowadzić mogłem palec a brzegi rany zadanej w woreczku żółciowym jeszcze raz przyszyłem na około do mięśni katgutem karbolowym. Z woreczka wypłynęło sporo gęstej, ciemnej żółci i śluzu ropiastego, lecz ani palcem ani szczypczykami nie mogłem się domacać kamienia. W woreczek żółciowy wprowadziłem sączek a skórę zaszyłem katgutem chromowym, z wyjątkiem otworu dla sączka.

Do osuszenia pola operacyjnego użyłem tylko gazy wyjałowionej; opatrzenie gazą i watą wyjałowioną.

Po operacyi już chory kolki żółciowej nie miał, przypadłości ze strony otrzewny ani woreczka żółciowego nie było, ciepłota ciała prawidłowa, tylko w wieczór po operacyi wynosiła 37·1° C. a w nocy z dnia 13. na 14. Kwietnia pierwszy raz spał bez środka nasennego. Mocz jasny, kał żółty, poty i żółtaczka ustąpiły.

Opatrzenie z powodu przesiąkania żółcią zmieniano co drugi dzień. 18. Kwietnia usunąłem szew i sączek Rana skórna zabliźniona przez rychłozrost, bez zaczerwienienia brzegów i bez kropli ropy. Wydzielająca się żółć stała się więcej żółtą, jaśniejszą i płynną, przymieszka śluzu ustała, lecz wydzielina była obfitą a przetoka zabliźnić się nie chciała mimo przyżegania kamieniem piekielnym.

Wobec tego stanu rzeczy chory usilnie prosił, aby go uwolnić od przetoki; postanowiłem tedy wykonać cholecystoenterostomię.

2. Maja. Po kąpieli i przeczyszczeniu przewodu pokarmowego olejkiem rącznikowym uśpiłem chorego eterem i poprowadziłem cięcie od przetoki począwszy na dół i drążąc w głąb dotarłem do jamy brzusznej. Otworem wypadała uporczywie sieć, przeto ją resekowałem podwiązawszy pęcz-

kami katgutem karbolowym. Następnie rozszerzyłem ranę w ścianie brzusznej, rozciąwszy bliznę po poprzedniej operacyi od przetoki ku linii białej. Wyszukanie woreczka żółciowego sprawiało trudności wobec zrostów wątroby i woreczka żółciowego z przednią ścianą jamy brzusznej (otrzewną ścienną), siecią, jakoteż z poprzecznicą (*colon transversum*). Do woreczka żółciowego włożyłem przeto przez przetokę gruby zgłębnik i rozszerzyłem przetokę ku tyłowi. Woreczek przeciągnąłem naprzód szczypczykami i przyszyłem do jego tylnej ściany półkolisto jelito szwami węzełkowymi z katgutu karbolowego. Gdy już tylna połowa woreczka była przyszytą a otwór drożny dla palca, założyłem na jelito uciskadła i przeciąłem jego ścianę. Brzegi otworu w jelicie przyszyłem do brzegów rany w woreczku żółciowym, co było z przodu bardzo mozolne dla bliskiego sąsiedztwa wątroby, jakoteż wymiotów, które chorego trapiły. Gdy się to wreszcie udało, oczyściłem jamę brzuszną gazą wyjałowioną i zaszyłem ranę w ścianie brzusznej szwem piąterkowym z katgutu karbolowego. Brzegi rany w otrzewnej rozstępywały się w skutek znacznego napięcia; dlatego założyć musiałem dwa szwy węzełkowe głębokie, przechodzące przez skórę i mięśnie aż do otrzewny. Skórę spoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego. Operacya odbyła się aseptycznie; tylko pod koniec operacyi oczyściłem pole operacyjne watą maczaną w rozczynie sublimatu $^1/_2{}^0/_{00}$, bo zapas gazy wyjałowionej wyszedł, i tylko jeszcze starczyło na opatrzenie aseptyczne. Tętno po operacyi trwającej $2^1/_2$ godziny było pełne, 90 na minutę.

Ciepłota ciała po operacyi nie była ani razu podwyższoną. Leczenie pooperacyjne doznało tylko o tyle zaburzenia, że w środkowej części rany poziomej utworzył się ropień, co spostrzeżono przy pierwszej zmianie opatrzenia w dniu 10. Maja, i chory żalił się na ból w okolicy rany. W tem miejscu usunięto szew, osuszono ranę gazą wyjałowioną i opatrzono gazą jodoformową.

11. Maja musiano zmienić opatrzenie, na którem było nieco żółci wydobywającej się z małej szczelinki w miejscu pierwotnej przetoki i dość dużo ropy cuchnącej kałem. Stan ten trwał do 16. Maja, poczem wydzielanie żółci ustało zupełnie. 13. Maja usunięto resztę szwów. Ropienie malało a pod koniec Maja rana była całkiem zabliźniona. 10. Czerwca chory opuścił szpital.

Chory dotąd jest całkiem zdrów, je i trawi dobrze, ani bólów, ani potów nie ma a dawniej musiał pięć razy w nocy zmieniać koszulę.

W niniejszym przypadku widocznie było zlepne zapalenie około woreczka żółciowego, w skutek czego powstały silne zrosty a bliznowate zwężenie przewodu żółciowego wstrzymało odpływ żółci, nie można było bowiem kamyka ani wymacać ani też widzieć.